**Profil bénéficiaire**

PHOTO
RECENTE

A. Informations administratives

**1. Bénéficiaire :**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : 🞎 Masculin 🞎 Féminin

Nationalité :

Domicile :

Personne disposant des autorisations nécessaires en matière administrative et médicale :

**2. Etablissement fréquenté :**

Institution :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Direction :

Personne de contact / coordination

Educateur référent

**3. Personne à contacter pendant le séjour en cas d’urgence :**

Nom :

Prénom :
Adresse :

Téléphone :

Mail :

Degré de référence ou lien de parenté :

En cas de rapatriement, la personne sera accueillie à l'adresse reprise dans le cadre

**🞎 1. Bénéficiaire**

**🞎 2. Etablissement fréquenté**

**🞎 3. Personne à contacter /urgence**

**4. Personne à contacter la veille ou le jour du départ**

Nom :

Prénom :

Téléphone :

B. Informations personnelles

#  Compétences dans les activités de la vie journalière

Les REPAS :

Régime alimentaire : aliments et boissons préférés :

🢣Le bénéficiaire est-il capable d'effectuer de petites tâches pour la préparation du repas

 🞎 OUI 🞎 Non

⮡ Aime-t-il y participer : 🞎 OUI 🞎 Non

⮡ A-t-il (elle) la notion du danger : 🞎 OUI 🞎 Non

Descriptif, si nécessaire :

🢣Le bénéficiaire est-il capable :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Seul** | **Stimulation** | **accompagnement** |
| De manger  | 🖵 | 🖵 | 🖵 |
| Utiliser une fourchette | 🖵 | 🖵 | 🖵 |
| Utiliser une cuillère | 🖵 | 🖵 | 🖵 |
| Utiliser un couteau | 🖵 | 🖵 | 🖵 |
| De couper sa viande | 🖵 | 🖵 | 🖵 |
| De se servir | 🖵 | 🖵 | 🖵 |

Descriptif, si nécessaire :

🢣Le bénéficiaire a-t-il des accessoires adaptés (gobelet, assiette, couverts) au quotidien

 🞎 OUI 🞎 Non

Descriptif, si nécessaire :

Si oui, pouvez joindre les accessoires.

🢣Le bénéficiaire est-il conscient du sentiment de satiété

 🞎 OUI 🞎 Non

⮡ Faut-il limiter la quantité : 🞎 OUI 🞎 Non

Descriptif, si nécessaire :

Autre :

L’hygiène :

🢣Le bénéficiaire sait-il :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Seul** | **Stimulation** | **Accompagnement** |
| Se laver  | 🖵 | 🖵 | 🖵 |
| S’essuyer | 🖵 | 🖵 | 🖵 |
| S’habiller | 🖵 | 🖵 | 🖵 |
| Se déshabiller | 🖵 | 🖵 | 🖵 |
| Se chausser | 🖵 | 🖵 | 🖵 |
| Faire ses lacets | 🖵 | 🖵 | 🖵 |
| Reconnaitre le linge sale du propre | 🖵 | 🖵 | 🖵 |
| Aller aux toilettes | 🖵 | 🖵 | 🖵 |
| S’essuyer seul après avoir été aux toilettes | 🖵 | 🖵 | 🖵 |

Descriptif, si nécessaire :

# Nature du Handicap

Descriptif :

# Aptitudes physiques

Le bénéficiaire souffre –t-il de :

🢣Difficultés visuelles

 🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, descriptif :

🢣Difficultés auditives

 🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, descriptif :

🢣 Difficultés d'élocution

 🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, par quel moyen de communication s’exprime-t-il ?

Le bénéficiaire est-il en possession d'un appareil

* Dentaire 🞎 OUI 🞎 Non
* Oculaire 🞎 OUI 🞎 Non
* Auditif 🞎 OUI 🞎 Non
* Respiratoire 🞎 OUI 🞎 Non
* Une prothèse 🞎 OUI 🞎 Non
* Autres : 🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, descriptif :

*Si possible joindre un document explicatif tant au niveau de l'utilisation que de l'entretien
ainsi que le matériel adéquat.*

🢣 Le bénéficiaire se déplace-t-il en chaise roulante

 🞎 OUI 🞎 Non

Si oui : 🞎constamment 🞎occasionnellement

Descriptif :

***Attention : il faut impérativement un fauteuil pliable***

🢣 Le bénéficiaire A-t-il besoin d'une aide physique ou matérielle dans ses déplacements

 🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, descriptif :

🢣 Le bénéficiaire Est-il un bon marcheur :

 🞎 OUI 🞎 Non

Nombre de kilomètres en moyenne :

Si oui : 🞎 rythme lent 🞎rythme soutenu

🢣Le bénéficiaire a-t-il conscience d'un éventuel état de fatigue.

 🞎 OUI 🞎 Non

Descriptif :

🢣Le bénéficiaire est-il capable de faire du vélo

 🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, a-t-il conscience des règles de sécurité ?

Pratique-il régulièrement : 🞎 OUI 🞎 Non

🢣Le bénéficiaire est-il à l'aise en milieu aquatique

 🞎 OUI 🞎 Non

⮡ Est-il autorisé à s'y rendre

 🞎 OUI 🞎 Non

⮡ Sait-il nager 🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, a-t-il besoin d'un dispositif de sécurité : ex (bouée ou autre...) :

⮡ En piscine ou en mer :

⮡ En petite ou grande profondeur :

Descriptif, si nécessaire :

# Autonomie

🢣 Le bénéficiaire sait-il lire

 🞎 OUI 🞎 Non

Descriptif, si nécessaire :

🢣 Le bénéficiaire sait-il écrire

 🞎 OUI 🞎 Non

Descriptif, si nécessaire :

🢣Le bénéficiaire est-il capable de téléphoner seul

 🞎 OUI 🞎 Non

Descriptif, si nécessaire :

Au niveau spatio-temporel :

🢣Le bénéficiaire se repère-t-il facilement dans un nouvel environnement

 🞎 OUI 🞎 Non

 🞎 Intra 🞎 Extra muros

⮡ S'il se perd, est-il capable demander de l'aide : 🞎 OUI 🞎 Non

⮡ Est-il sujet à paniquer : 🞎 OUI 🞎 Non

Descriptif, si nécessaire :

🢣Le bénéficiaire s’adapte- t-il facilement :

⮡ Aux changements d'horaire : 🞎 OUI 🞎 Non

⮡ Aux imprévus : 🞎 OUI 🞎 Non

Descriptif, si nécessaire :

🢣Le bénéficiaire Comprend-il aisément une consigne simple

 🞎 OUI 🞎 Non

Descriptif, si nécessaire :

🢣Le bénéficiaire est-il capable de rester seul sur le lieu de résidence :

 🞎 OUI 🞎 Non

Descriptif, si nécessaire :

🢣Le bénéficiaire est-il capable d'effectuer une promenade seul :

 🞎 OUI 🞎 Non

Descriptif, si nécessaire :

🢣Le bénéficiaire a-t-il conscience du danger :

 🞎 OUI 🞎 Non

Descriptif, si nécessaire :

🢣Le bénéficiaire est-il capable de gérer son argent de poche :

 🞎 OUI 🞎 Non

⮡ De manière fractionnée : 🞎 OUI 🞎 Non

Descriptif, si nécessaire :

🢣Le bénéficiaire est-il capable de prendre des initiatives :

 🞎 OUI 🞎 Non

Descriptif, si nécessaire :

Y a-t-il d'autres éléments important non cités ci-dessus ?

# Comportement social

(Si oui à une de ces questions, quelles sont les attitudes pédagogiques préconisées ?)

🢣Habitude de sommeil

Descriptif :

🢣Manifestation agressive verbale 🞎 OUI 🞎 Non

Envers : 🞎 Lui-même 🞎 les autres

Descriptif :

🢣Manifestation agressive physique 🞎 OUI 🞎 Non

Envers : 🞎 Lui-même 🞎 les autres

Descriptif :

🢣Souffre-t-il d'angoisse

 🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, descriptif :

🢣Automutilation

 🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, descriptif :

🢣Phobie

 🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, descriptif :

🢣Trouble obsessionnel compulsif

 🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, descriptif :

🢣Tendance à fuguer

 🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, descriptif :

🢣Tendance à s'isoler du groupe

 🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, descriptif :

🢣Tendance à la cleptomanie

 🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, descriptif :

🢣Quel type de relation le bénéficiaire entretient-il avec :

 -Le groupe :

 -Les animateurs :

 -L'homme :

 -La femme :

 -Les étrangers :

 -Les animaux :

 -L'autorité :

 -Les consignes :

🢣Le bénéficiaire est-il en couple ?

 🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, Nom prénom du partenaire :

⮡ Peuvent-ils partager la même chambre : 🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, précaution particulière ? :

⮡ Quel est leur comportement en couple : ex : fusionnel, autonome, possessif, ouvert aux autres, ….

Descriptif,

Autres informations particulières qui pourraient vous sembler nécessaires :

Document établit le :

Par :

Fonction :

Signature :

**FICHE MEDICALE**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : 🞎 Masculin 🞎 Féminin

**Groupe sanguin et rhésus :**

**Médecin traitant**

Nom :

Prénom :
Adresse :

Téléphone :

Mail :

**Dossier médical global :** 🞎 OUI 🞎 Non

**Personne à contacter pendant le séjour en cas d’urgence :**

Nom :

Prénom :
Adresse :

Téléphone :

Mail :

Degré de référence ou lien de parenté :

En cas de rapatriement, la personne sera accueillie à l'adresse reprise dans le cadre

**🞎 1.Bénéficiaire**

**🞎 2.Etablissement fréquenté**

**🞎 3.Personne à contacter /urgence**

**Informations médicales :**

## Problème médicale majeur (antécédents médicaux et chirurgicaux)

Descriptif :

**Opération chirurgicale, ces trois dernières années.**

🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, description :

Au besoin, joindre copie du/des document(s)

## Contre-indications aux activités sportives

🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, descriptif :

## Allergies

🞎 OUI (laquelle : ) 🞎 Non

A-t-il des documents à posséder en permanence ?

🞎 OUI ( dans ce cas joindre copie du/des documents) 🞎 Non

A-t-il une médication à recevoir ?

🞎 OUI ( laquelle ) 🞎 Non

## Ordre de vaccination

🞎 OUI 🞎 Non

Date et type des derniers vaccins,

Joindre, si possible, copie du carnet de vaccinations

## Epilepsie

🞎 OUI 🞎 Non 🞎 Stabilisée

Si oui, Le bénéficiaire sent il venir la crise:

Quels peuvent être les facteurs de crise ?

## Troubles cardiaques

🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, détail du traitement :

## Troubles respiratoires

🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, précisez :

Si oui, traitement :

Si oui, attitude :

## Diabète

🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, a-t-il besoin d'injection d’insuline ? 🞎 OUI 🞎 Non

Les fait-il seul ou par infirmière. 🞎 SEUL 🞎 INFIRMIERE

(si régime particulier l'indiquer au point 9)

## Régime alimentaire particulier

🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, description :

* sans sucre
* sans sel
* sans graisse
* autre (à préciser)

Est-il sujet à une fausse déglutition ? Si oui, descriptif :

## Consommation d’alcool :

🞎 Autorisée 🞎 tolérée 🞎 interdite

Attitude pédagogique :

## Consommation de tabac :

🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, qu’en est-il de la gestion quotidienne :

## Enurésie

🞎 OUI 🞎 Non 🞎 Diurne 🞎 Nocturne

## Encoprésie

🞎 OUI 🞎 Non 🞎 Diurne 🞎 Nocturne
🞎Port de protection /lange

## Contraception

🞎 OUI 🞎 Non

Si oui, description :

## Soins à administrer

🞎INFIRMIER

🞎KINESITHERAPIE

Si oui, une prescription est nécessaire, joindre la prescription

## Médication (voir feuille en annexe)

Ce traitement a-t-il été modifié récemment ou est-il instauré depuis plus d’un an

🞎 OUI 🞎 Non

Remarque :

Autres informations particulières qui pourraient vous sembler nécessaires :

Document établit le :

Par :

Fonction :

Signature :

Attestation instituts/parents

**Document à nous retourner en une fois (parties supérieures et inférieures, et recto-verso)
au plus tard 15 jours avant le départ.**

(Aucune rature, ajout, surpression des mentions imprimées ne sera prise en compte)

**A remplir par la personne responsable du bénéficiaire**

Je soussigné
agissant en qualité de déclare avoir pris connaissance des statuts de L’ASBL « Le Gardian » et des règles de fonctionnement de celle-ci
et autorise le responsable\* du séjour sous référence, après consultation d’un médecin, en cas d’urgence, à faire donner tous les soins nécessaires du fait de l’état de santé du bénéficiaire ici nommé :

***\*le responsable prévu peut être changé pour raisons de service (ou cause majeure)
sans modifier la valeur de l’attestation.***

**Bénéficiaire:**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : 🞎 Masculin 🞎 Féminin

Nationalité :

Domicile :

Personne disposant des autorisations nécessaires en matière administrative et médicale :

1. Je déclare prendre en charge l’entière responsabilité concernant l’existence ou non d’une contraception
2. Je m’engage à payer les frais inhérents à toute intervention médicale et à fournir au responsable tous les documents de mutuelle/sécurité sociale, avant le départ ou le jour du départ.
3. Je déclare que toutes les formalités administratives (profil bénéficiaire, fiche médicale, attestation, passeport, visa éventuel) seront remplies , sous peine que l’intéressé ne puisse prendre le départ.
4. J’atteste que les renseignements fournis sur le profil bénéficiaire sont valable (profil nouveau bénéficiaire ou dernière mise à jour, voir verso)
5. L’attestation sera valable 1 jour avant le départ et 1 jour après (ou jusqu’au retour du bénéficiaire, en cas d’empêchement de retour à la date prévue).
6. J’autorise l’utilisation des photos prises pendant le séjour.

Date signature (précédée de la mention « lu et approuvé »

Attestation médicale

**A remplir par le médecin traitant**

Je soussigné agissant
en qualité de déclare :

1. Que le bénéficiaire (nom, prénom)
est apte à participer au séjour de :
2. Les informations de la fiche médicale sont conformes à la réalité

**Date, cachet et signature du médecin traitant**

 ***(Tableau médications et posologies au verso)***

**MEDICATION**

Nom : Prénom :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom medicament/dosage** | **a jeun** | **dejeuner** | **diner** | **gouter** | **souper** | **coucher** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **sI heure précise, stipulez** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **sI heure précise, stipulez** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **sI heure précise, stipulez** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **sI heure précise, stipulez** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **sI heure précise, stipulez** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **sI heure précise, stipulez** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **sI heure précise, stipulez** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **sI heure précise, stipulez** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **sI heure précise, stipulez** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **sI heure précise, stipulez** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **sI heure précise, stipulez** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **sI heure précise, stipulez** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **sI heure précise, stipulez** |  |  |  |  |  |  |

si médication, en cas d’urgence, descriptif et consigne :

**RAPPEL : prévoir 1 fois ½ la quantité nécessaire pour le séjour**

**Attention : L’utilisation de cette fiche de médication est obligatoire (pas de feuilles volantes svp) et ne peut être séparée de l’attestation.
Le non respect de cette instruction constitue un abandon de recours envers Olé en cas de perte, de suivi, etc.…**

**La posologie doit correspondre fidèlement aux médicaments fournis. Les médicaments se remettent directement aux responsables de séjour, le jour du départ.**

***La médication devra être préparée au préalable et conditionnée sous forme de semainier (ou autres systèmes) et être* *personnalisée***

**VEILLEZ A L’EXACTITUDE ET A LA LISIBILITE DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS**